

45

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 juin 1900, à 1 heure

PAR

Henri JULLIAN

NÉ A PARIS LE 15 JUILLET 1875

TROUBLES DU GOUT & DE L'ODORAT

Dans le Tabes

Président : M. LANDOUZY, Professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, Professeur.
GILLES DE LA TOURETTE, Agrégé.
BROCA AUGUSTE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

455

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 juin 1900, à 1 heure

PAR

Henri JULLIAN

NÉ A PARIS LE 15 JUILLET 1875

TROUBLES DU GOÛT & DE L'ODORAT

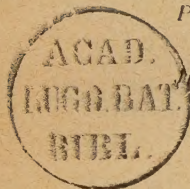
Dans le Tabes

Président : M. LANDOUZY, Professeur.

Juges : MM. { LANNELONGUE, Professeur.

{ GILLES DE LA TOURETTE, Agrégé.

{ BROCA AUGUSTE, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études, nous devons remercier ici les chefs, qui, dans les hôpitaux, nous les ont facilités.

Nous avons été stagiaire chez M. le docteur Moutard-Martin; externe chez M. Pozzi à l'hôpital Broca où nous avons suivi les remarquables leçons cliniques de M. le docteur Brocq sur les maladies cutanées.

Nous n'oublierons jamais nos deux dernières années d'externat, la première chez M. le docteur Klippel, à l'Hôtel-Dieu, l'autre chez M. le docteur Gérard-Marchant, à Boucicaut. Nous devons doubles remerciements à M. Klippel, qui nous a inspiré notre thèse. M. le docteur Bonnaire, nous a, avec extrêmement de complaisance, mis à même de nous familiariser avec la pratique des accouchements. Nous n'aurions garde de l'oublier.

Que M. le professeur Landouzy veuille accepter nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider à notre thèse.

AVANT-PROPOS

Quoique signalés dans un grand nombre d'affections, les troubles de l'odorat et du goût, surtout ceux-ci, n'ont guère été, jusqu'à ce jour, l'objet d'une étude spéciale. « L'étude de l'anosmie est encore entourée d'obscurités » dit M. Collet (1) dans son rapport sur l'anosmie. « Ce symptôme, continue l'auteur, est cependant intéressant, non seulement par lui-même, mais aussi par les troubles du goût qui l'accompagnent. M. Collet groupe les anosmies de la façon suivante :

- 1°) Anosmie de cause mécanique par obstacle à l'apport des particules odorantes.
- 2°) Anosmie par lésions de la muqueuse olfactive.
- 3°) Anosmie d'origine nerveuse.

Et comme maladies nerveuses où l'on ait constaté des troubles de l'odorat, l'auteur cite la Paralyse générale, le Tabes, l'Hystérie, l'Epilepsie, plus rarement les lésions circonscrites du cerveau, comme les tumeurs ou les ramollissements.

Nous nous proposons, dans cette thèse, d'étudier les troubles du goût et de l'odorat dans une maladie nerveuse bien définie : le Tabes.

(1) COLLET. De l'anosmie. Compte-rendu de la *Société française d'Otologie, Laryngologie, Rhinologie*, mai 1899.

Que l'on nous permette, au début de cette étude, d'esquisser très brièvement l'innervation et la physiologie normales des deux organes sensoriels dont nous allons étudier la pathologie.

Les anatomistes récents limitent le nerf olfactif à l'ensemble des filets se rendant du bulbe olfactif à la muqueuse pituitaire. L'histologie, l'embryogénie, l'anatomie comparée leur donnent raison ; elles permettent de rattacher le bulbe olfactif, la bandelette olfactive, et ses racines à un lobe cérébral particulier : ce lobe est le rhinencéphale, atrophié chez l'homme microsmatique. Ainsi compris le nerf olfactif est constitué par les prolongements cylindraxiles des neurones olfactifs périphériques : ceux-ci ne sont autres que les cellules olfactives siégeant dans l'épaisseur de la pituitaire. Ces prolongements cylindraxiles s'articulent dans le bulbe olfactif avec les expansions protoplasmiques des cellules mitrales.

En somme, le nerf de la première paire offre cette particularité d'avoir un ganglion rejeté à la périphérie et pour ainsi dire éparpillé dans la muqueuse de Shneider.

L'innervation sensorielle de l'organe du goût est, en apparence, plus complexe. D'après les anatomistes, elle ressortit au glosso-pharyngien dans le tiers postérieur de la langue, au nerf lingual dans les deux tiers antérieurs de cet organe. Le V lingual formerait la frontière de ces deux départements.

Pour le glosso-pharyngien, pas de contestations ; le neurone gustatif qui appartient à ce tronc mixte, à la fois sensitif, sensoriel et moteur, est bien individualisé ; il a son centre, — la cellule, — dans les ganglions d'Anderssh et d'Ehrenritter placés dans la fossette pyramidale du rocher, au niveau du point où le IX traverse le trou déchiré postérieur ; son prolongement protoplasmique, cellulipète, suit le tronc de la neuvième paire pour se terminer dans la muqueuse linguale au contact des cellules des bourgeons gustatifs ; son prolongement cylindraxile, cellulifuge, se divise, arrivé au bulbe en deux branches : une, horizontale, courte qui aboutit à la partie supérieure du noyau de l'aile grise ; l'autre verticale qui descend, pour constituer avec ses congénères le faisceau solitaire et se distribue à la partie supérieure de la colonne grise annexée à ce noyau.

Pour le lingual, on discute : d'après certains auteurs, le neurone gustatif contenu dans ce rameau nerveux appartient au glosso-pharyngien ; il a son centre — la cellule, — dans ce même ganglion d'Anderssh signalé ci-dessus ; seulement son prolongement protoplasmique, cellulipète, emprunte, pour gagner ce centre, une voie détournée ; parti de la langue, il suivrait successivement le nerf lingual, le tronc du trijumeau, le ganglion otique, le petit nerf pétreux superficiel, le petit nerf pétreux profond et le rameau de Jacobson qui le rendrait au glosso-pharyngien : c'est l'opinion de Carl et Urbantschich. Le nerf sensoriel du goût est bifurqué, mais reste univoque.

Une autre opinion rattache les neurones gustatifs contenus dans le lingual à un nerf sensoriel spécial, le nerf intermédiaire de Wrisberg, 13^e paire de Sapolini. Le centre de ce neurone — la cellule, — serait dans le ganglion géniculé situé dans le canal de Fallope à l'union de la première et de la deuxième portion du facial; son prolongement protoplasmique, cellulipète, gagnerait ce ganglion en suivant successivement le lingual, la corde du tympan, le tronc du VII; son prolongement cylindraxile, cellulifuge, quitte le ganglion avec le tronc formant le nerf intermédiaire de Wrisberg proprement dit : arrivé au bulbe, il se bifurque en deux branches qui se terminent dans la partie supérieure du noyau annexé au faisceau solitaire. Dans cette conception, le nerf sensoriel du goût n'est plus bifurqué, mais scindé : il est vrai que ces deux nerfs distincts aboutissent au bulbe à un même noyau gris, le noyau du faisceau solitaire.

Voilà pour l'innervation spéciale du goût et de l'odorat ; mais pour que ces deux sens fonctionnent régulièrement, il faut encore que les deux muqueuses où ils siègent conservent intacte leur sensibilité générale : on connaît les troubles trophiques de l'œil, pouvant aller jusqu'à la fonte purulente de l'organe, et consécutifs à la section de la V^e paire. L'analogie est d'autant plus étroite que c'est encore le trijumeau qui distribue la sensibilité générale aux organes du goût et de l'odorat, à celui-ci par le nerf nasal, à celui-là par le lingual.

Ces deux nerfs renferment également les filets vasomoteurs et sécrétoires.

Il serait ici superflu de discuter à combien de sensations fondamentales peuvent se ramener les sensations olfactives ou gustatives ; contentons-nous de faire remarquer que certaines qualités des corps que nous croyons être des *saveurs* sont, en réalité, appréciées par le sens de l'odorat. M. Collet fait remarquer (1) que l'acte de pincer les narines ne laisse à certains aliments que leur saveur élémentaire douce, salée, amère etc..., et les dépouille de tout arôme et tout fumet ; or, cette manœuvre a pour effet d'empêcher les molécules de venir, à travers les choanes, impressionner la muqueuse olfactive. Dans le coryza, certains aliments, le fromage par exemple sont dépourvus de goût.

On voit par là comment les troubles olfactifs peuvent retentir sur la gustation.

(1) COLLET, (*loco citato*).

HISTORIQUE

On peut dire que, jusqu'à ces dernières années, les troubles du goût et de l'odorat au cours du tabes avaient été signalés mais non pas étudiés. Dans son traité des maladies du système nerveux paru en 1879, Vulpian dit : « L'odorat est rarement modifié, ou du moins les modifications de ce sens, si elles existent, sont peu connues ; cependant on sait qu'il peut y avoir anosmie à divers degrés. » Vulpian cite une observation de Pierret où était notée une excitation morbide avec perversion de l'odorat d'où résultait la sensation habituelle de mauvaises odeurs. « Quant au goût, dit Vulpian, il peut être plus rarement atteint encore ».

Leyden (1) affirme : « L'odorat et le goût ne sont jamais sensiblement troublés ». Raymond écrit en son article du dictionnaire encyclopédique sur le Tabes : « On trouve signalés des troubles de l'odorat et du goût ; ce sont des manifestations insolites auxquelles

(1) LEYDEN. Maladies de la moelle épinière. p. 610.

on ne saurait, en l'état des choses, attribuer une grande importance ». Marie (1) s'exprime ainsi : « Appareil olfactif : Il arrive quelquefois que les malades sont poursuivis par des odeurs plus ou moins désagréables, d'origine purement subjective ; dans ces cas rares on peut constater une véritable anosmie tenant vraisemblablement à une lésion tabétique des nerfs olfactifs ». — Appareil gustatif : « Quelques tabétiques accusent des saveurs bizarres, notamment une saveur sucrée plus ou moins persistante, qui, bien entendu, n'ont objectivement aucune raison d'être. Parfois aussi, véritable agueusie, probablement due aussi à l'altération des nerfs du goût. Ces différents troubles sont, en somme, assez rares et mal connus. »

Malgré ces jugements « de rareté » portés par ces auteurs, on trouve les troubles souvent notés, dans diverses observations. Dans plusieurs observations de Topinard (2), on trouve : le goût obscur ; — le goût paralysé ; — l'anesthésie du goût. Dans la monographie de Pierret, deux observations où le goût était aboli d'un côté — nul des deux côtés.

Dans l'importante communication qu'ils firent au Congrès d'Alger, en 1881, Joffroy et Hanot rapportent deux observations de troubles du goût dans le tabes ; dans le premier cas il y avait perversion du goût,

(1) MARIE. *Maladies de la moelle*, p. 216.

(2) TOPINARD. *Traité de l'ataxie locomotrice*, 1864.

caractérisée par une saveur franchement amère que le malade trouvait à tout ce qui était douceâtre ou sucré. Le deuxième malade, atteint d'une paralysie faciale double avec parésie de la langue offrait, entre autres symptômes « une diminution de la sensibilité gustative ».

Magnan et Falret citent chacun un cas de perversion de l'odorat, avec sensation d'odeur désagréable d'œufs pourris.

Dans la thèse récente de De Massary on trouve citée une observation d'Erben où le malade percevait par moment une odeur de matière fécale.

De même Naggar (Thèse 1896) cite des cas où une tabétique « avait du poison à odeur fétide sous le bras »; une autre trouvait mauvais goût à tout ce qu'elle mangeait; on mettait des saletés dans ses aliments » etc. On le voit, l'historique est pâle, sinon négatif. C'est qu'en réalité il faut arriver au mémoire de Klippel (1), paru en 1897, pour trouver une étude approfondie des troubles du goût et de l'odorat dans le Tabes. Il est vrai que ceux-ci se trouvent, du même coup, fixés dans leur symptomatologie, dans leur anatomie pathologique, élucidés dans leur pathogénie. Il nous serait donc impossible dans une telle étude de ne faire que signaler le mémoire de Klippel; nous devons l'analyser.

Tout d'abord, au point de vue fréquence, l'auteur divise les faits en deux groupes suivant que les troubles

(1) KLIPPEL : Archives de Neurologie, 1897. Troubles du goût et de l'odorat dans le Tabes.

sont assez marqués pour être spontanément accusés par le malade, ou, au contraire, assez peu pour que le médecin soit obligé de les rechercher.

Ceux-ci ont semblé à l'auteur être les plus fréquents.

Puis Klippel groupé dans un tableau les différents symptômes qu'on peut observer du côté du goût et de l'odorat, suivant que l'on interroge ; A) la sensibilité spéciale ; B) la sensibilité générale ; C) la sensibilité réflexe. Mais Klippel s'empresse de faire remarquer que cette division est plus didactique qu'exacte ; en effet les troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale peuvent coïncider : alors, dans la pathogénie des symptômes observés, le départ devient difficile ; bien plus les nerfs de la sensibilité générale, peuvent, quoique altérés isolément, modifier le goût et l'odorat ; et ils ont paru à Klippel être seuls en cause chez quelques tabétiques, dont l'odorat et le goût étaient altérés.

Vient alors l'étude des troubles du goût et de l'odorat naturellement divisés en phénomènes d'*anesthésie*, phénomènes de *perversion*. Aux premiers ressortissent l'abolition de l'odorat et du goût, avec anesthésie nasale ou linguale : celle-là est mise en évidence par la disparition du réflexe aux odeurs, l'abolition de l'éternuement accusée par les tabétiques au cours de leurs coryzas. Du côté de la langue, les réflexes sont moins faciles à mettre en évidence : toutefois la salivation a semblé diminuée dans l'agueusie tabétique, augmentée dans les perversions du goût.

Klippel passe ensuite à la description des perversions du goût et de l'odorat, des paresthésies nasales et linguales. Pour les paresthésies proprement dites, c'est-à-dire les perversions de la sensibilité générale, il décrit très clairement la crise nasale aiguë tout à fait analogue aux crises gastriques ou laryngées. Observée chez un malade qui avait des troubles de la sensibilité de la pituitaire, elle était annoncée par une aura paresthésique dans la sphère du V à la face et au cou (sensation de constriction, d'engourdissement, de raideur), immédiatement précédée par des sensations anormales de la pituitaire (fourmillements) et constituée par un accès d'éternuements qui mettaient fin à la crise : pas de troubles vaso-sécrétoires consécutifs. Les perversions de l'odorat et du goût sont permanentes ou passagères sous forme de crise; celles-ci plus fréquentes. C'est la sensation d'une odeur ou d'un goût de poisson pourri : c'est plus souvent une sensation de goût amer, de goût de terre; de goût désagréable, comme au cours d'un embarras gastrique dont les malades ont d'ailleurs quelques symptômes.

L'état de la langue semble capital à Klippel pour interpréter ces phénomènes; tantôt elle offre un enduit saburréal banal, tantôt une coloration blanc-grisâtre, uniquement limitée aux papilles et sans dépôt de quelque épaisseur : c'est pour Klippel, un état tout spécial : la langue saburrale névropathique. Trouble trophique du V, entraînant ces modifications de l'épi-

thélium, puis secondairement les modifications du côté du goût et sans doute aussi des sécrétions gastriques, voilà, pour l'auteur, quelle en est la signification. Nul doute pour Klippel que tout puisse se passer de même du côté de l'odorat.

Cette étude des symptômes faite, Klippel montre à quoi ils peuvent aboutir : au délire greffé sur ces fausses sensations ; l'affaiblissement de l'intellect est nécessaire à son éclosion, en ne permettant plus au malade de se rendre compte du défaut d'objectivité de ses sensations : de l'illusion sensorielle à l'hallucination, à l'interprétation délirante, il n'y a alors plus qu'un pas.

Puis Klippel fait ressortir quelle importance il y a à constater des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes ; ils sont en effet toujours associés à des troubles dans la sphère du bulbe dont ils révèlent ainsi l'envahissement : paralysie oculaire, faciale, troubles du V, presque constants, paralysies du voile du palais, sialorrhée, tachycardie.

Ensuite Klippel met bien en évidence l'évolution des symptômes : apparaissant comme premiers symptômes de la maladie, ils peuvent servir à son diagnostic ; traduisant l'envahissement précoce du bulbe, ils en fixent le pronostic ; mais plus souvent les symptômes apparaissent dans le cours de la maladie : c'est alors l'anosmie et l'agueusie qu'on observe. Klippel montre bien l'analogie étroite qui existe entre ces troubles et les autres phénomènes sensitifs du tabes : comme eux ils peuvent survenir brusquement d'une façon aiguë, ou bien d'une

façon chronique, ou bien survenir par crises d'intensité et de durée variable, puis disparaître un certain temps. La seule différence d'avec les crises viscérales est l'absence des douleurs.

Puis, Klippel décrit les lésions anatomiques qu'il a constatées : ce sont des lésions d'atrophie, de dégénérescence, disséminées sur toute la hauteur du neurone gustatif, difficiles à constater en certains points du neurone olfactif, dont le ganglion placé dans la pituitaire s'altère vite après la mort. Le trijumeau et le ganglion de Gasser; certains noyaux bulbaires étaient également atteints. Etudiant alors la pathogénie de ces troubles, Klippel montre qu'ils peuvent tenir à la seule altération des nerfs spéciaux; mais il fait voir aussi quelle place doit être réservée au V : c'est un vrai nerf accessoire de l'odorat et du goût : il agit par les fonctions vasomotrices, sécrétoires et trophiques qu'il a sur les muqueuses de ces sens. En terminant, Klippel émet cette ingénieuse hypothèse : les perversions du goût pourraient dépendre d'un trouble dans le sens musculaire du pharynx et de l'œsophage : à l'origine ce trouble du sens musculaire créerait la vague sensation de dégoût : mais cette sensation imprécise le malade la cultive pour ainsi dire et la transforme en telle ou telle sensation ~~pervertie~~ pervertie du goût, celle-ci nettement spécifiée. En terminant l'analyse de ce mémoire, nous croyons utile de publier le tableau dans lequel Klippel a groupé les symptômes.

I. — APPAREIL DE L'OLFACTION

A. - Sensibilité spéciale	B. - Sensibilité générale	C. - Sensibilité réflexe
Anosmie totale. Diminution de l'odorat. Hémianosmie. Perversions de l'odorat (sensations subjectives, odeur de pourriture, odeur infecte). Hallucinations olfactives comme base de conceptions délirantes (délire de persécution des tabétiques).	Anesthésie { bilatérale. pituitaire / unilatérale. Dysesthésie { bilatérale. unilatérale. Analgésie nasale. Paresthésies nasales. Crise nasale avec aura parasthésique dans la face et le cou (sphère du V).	Abolition ou diminution du réflexe au chatouillement de la pituitaire. Abolition du réflexe vasomoteur naso-conjonctival. Abolition du réflexe olfactif Diminution ou abolition de l'éternuement spontané, provoqué ou pathologique.

II. — APPAREIL DU GOUT

Abolition totale du goût
Diminution unilatérale ou bilatérale du goût
Perversions du goût
Délire de persécution tabétique à point de départ dans les troubles du goût (sphère du IX^e).
Abolition du réflexe pharyngien
Abolition du réflexe salivaire
Exagération du réflexe salivaire (surtout dans les perversions du goût)
Troubles probables de l'action réflexe de la gustation sur la sécrétion gastrique

On comprend qu'après une étude aussi complète ce n'est pas nous qui aurions la prétention d'apporter quelque découverte importante dans la question; par contre, nous avons pu étudier un très grand nombre de tabétiques: nous avons retenu parmi eux plusieurs observations d'un incontestable intérêt pour la connaissance des modifications si diverses que peut apporter la maladie dans les sphères du goût et de l'odorat, et même en vue d'une connaissance plus parfaite du tabes envisagé à un point de vue général. D'ailleurs, nous dégagerons plus loin nos propres conclusions.

Etude descriptive des troubles du goût et de l'odorat

Nous l'avons vu, l'étude des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes est venue tard : cela saute aux yeux quand on considère de combien de travaux ont fait l'objet les modifications de l'ouïe et surtout de la vue. Sans doute la priorité accordée à celles-ci est justifiée : les altérations, voire même l'abolition du goût et de l'odorat, ces sens si accessoires dans la vie de relation, pèsent peu comparativement aux troubles de l'audition et de la vision, sens indispensables à la vie sociale. Néanmoins, nous croyons que l'écart auquel on a tenu jusqu'ici ces deux sens dans l'étude de la maladie de Duchenne, s'il s'explique, n'est pas justifié. Le prouver est le but de notre thèse.

Nous avons voulu tâcher de nous faire une opinion sur la fréquence, dans l'ataxie locomotrice, des troubles du goût et de l'odorat.

Aussi nous avons examiné, à ce point de vue spécial,

quarante tabétiques, tant dans les divers hôpitaux de Paris qu'à l'hospice de Brévannes (1).

Notre procédé d'examen était simple, clinique.

Nous interrogeons la sensibilité générale de la muqueuse olfactive et de celle du goût, comme partout ailleurs, dans ses trois modalités : tactile, douloureuse et réflexe.

Pour déceler les troubles de l'odorat nous avons employé : l'eau camphrée obtenue en précipitant par l'eau l'alcool camphré, et l'essence de Winter-Green ou salicylate de méthyle.

Pour le goût, nous avons employé des substances sapides dissoutes : elles agissent plus rapidement : nous les déposons avec une baguette de verre sur la langue. C'étaient : une solution concentrée de sulfate de quinine obtenue en dissolvant le sulfate basique par l'eau de Rabel ; une solution concentrée de sucre ; le sel marin.

La fréquence absolue des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes est assez difficile à fixer. S'il faut s'en tenir aux troubles objectifs fournis par l'examen, nous avons observé trois cas très nets sur 40 tabétiques examinés. Cela ferait une proportion de 1/13. Nous croyons néanmoins ce chiffre trop fort, et en évaluant à 1/10 les cas de ces troubles sensoriels nous ne pensons pas dépasser la vérité.

(1) Nous devons ici remercier pour leur amabilité à notre égard, M. le docteur Touche, médecin en chef de l'hospice de Brévannes ; ses trois internes, MM. Cruchadeau, Peyre, Marcland ; et M. Berthier, pharmacien du service.

La fréquence relative dans les deux sexes mérite d'attirer l'attention : sur nos 40 malades, il y avait 25 hommes et 15 femmes. Les trois cas manifestes de troubles olfactifs et gustatifs sont fournis par le sexe fort. Faut-il rapprocher cette remarque de celle de M. Klippel ? Les tabétiques alcooliques lui ont paru être particulièrement sujets aux perversions du goût et de l'odorat.

Au début de l'étude de ces troubles, nous tenons à faire remarquer que la façon dont nous voulons les grouper ne préjuge en rien de la lésion qui les commande. Si notre classification a un caractère, c'est celui de n'être pas pathogénique.

Cette restriction faite, nous nous proposons dans l'étude successive des troubles du goût et de l'odorat, de suivre ce plan :

Troubles du goût et troubles de l'odorat	{	A. Troubles de la sensi-	{ a : anesthésie.
		bilité spéciale	{ a, : perversion.
	{	B. Troubles de la sensi-	{ b : anesthésie.
		bilité générale	{ b, : perversion

TROUBLES DU GOUT

A. Troubles de la sensibilité spéciale

a) *Anesthésie.* — L'anesthésie totale du goût, agueusie ou agueustie ne nous a pas semblé très fréquente ; nous n'avons pas rencontré de malades qui soient privés de toute sensation gustative, comme nous en avons vu qui le sont de toute sensation olfactive. Nous

ne nions pas, bien entendu, cette agueusie totale puisque Klippel la dit assez fréquente; en fait, le malade qui est le sujet de l'observation II recueillie dans le service de M. Klippel ne sentait le sulfate de quinine que dans les 2/3 postérieurs de la langue et encore avec un retard considérable.

Quoiqu'il en soit, l'anesthésie du goût est souvent assez marquée, d'une part pour attirer l'attention du malade, d'autre part pour être constatée par le médecin. Le malade de l'observation VII s'aperçoit à la septième année de sa maladie qu'il sentait imparfaitement le goût des aliments. Celui de l'observation VIII remarque à la cinquième année de son tabes qu'il percevait moins bien qu'avant le goût des aliments; le malade de l'observation IX nous raconte que depuis plusieurs années, il ne trouvait plus aucun goût aux aliments qu'il prenait. Il est rare qu'alors l'examen ne décèle pas cette anesthésie du goût: tantôt elle est localisée à une partie de la langue: ainsi elle était abolie dans le tiers antérieur de la langue chez le malade de l'observation II; le sulfate de quinine déposé sur cette partie de la langue ne développait aucune sensation gustative; chez le malade de l'observation VIII qui accusait de l'agueusie, les sensations amères et sucrées étaient moins bien perçues, seulement dans la moitié gauche de la langue. Enfin, le malade de l'observation IX, chez lequel les troubles du goût et de l'odorat étaient portés à leur summum, avait le goût extrêmement diminué sur toute la surface de la

langue. Il sentait à peine le sucre ; trouvait au sel, un tout petit goût salé, encore le conservait-il dans la bouche pour le sucer sans en paraître incommodé.

Enfin, au sulfate de quinine qu'il goûtait, on pourrait dire à pleine bouche, il trouvait un « petit goût amer ». Or, on sait quelle amertume extrême et persévérante a ce corps.

a') *Perversions*. — Les perversions du goût sont très fréquentes. Elles avaient marqué le début du tabes chez un des malades dont Joffroy et Hanot ont relaté l'observation au Congrès d'Alger de 1881. Ce malade trouvait une saveur franchement amère à tout ce qui était douceâtre ou sucré. Un malade observé par Klippel était constamment la proie d'une perversion gustative ; tous les aliments avaient le goût de poisson pourri. Mais il est infiniment plus fréquent, fait remarquer M. Klippel, que ces fausses sensations soient passagères. De fait, nous avons observé un grand nombre de tabétiques qui se plaignaient d'un mauvais goût, le plus souvent amer, survenant à un moment de la journée, plus fréquemment la nuit : la fausse sensation ne se montrait qu'à des intervalles de plusieurs jours.

Nous n'avons conservé pour les observations que les cas qui nous ont paru les plus nets. Sur les neuf cas que nous rapportons, ces perversions gustatives sont notées sept fois. C'est « un goût âcre », « un goût amer », « un goût de viande corrompue », « un goût d'œuf pourri ». Cette sensation survient surtout la nuit ou

bien le matin à jeun, cela en dehors de toute alimentation. La sensation d'amertume était si intense chez le malade de l'observation IX, qu'elle le réveillait pendant la nuit.

Les malades emploient différents moyens pour chasser ces fausses sensations; la malade de l'observation V se débarrassait de sa sensation d'amertume en se rinçant la bouche; le malade de l'observation III ne pouvait chasser cette sensation très désagréable d'œuf pourri, dont il était victime le matin, qu'en gardant une clique de tabac dans la bouche; celui de l'observation VI voyait la sensation d'amertume disparaître après avoir fumé une cigarette ou pris quelque aliment. Dans l'observation I, nous voyons la sensation de « goût âcre » ne passer toute seule qu'après 2 ou 3 heures, et se reproduire jusqu'à 2 ou 3 fois par jour. Enfin, chez le malade si complet qui fait le sujet de notre dernière observation, le goût amer ne disparaissait qu'au bout d'une heure environ, en même temps que disparaissait la sialorrhée qui l'avait accompagné.

C'est qu'en effet, cette sialorrhée est la compagne habituelle des perversions gustatives : elle est notée 5 fois sur les 7 cas de perversion gustative que nous rapportons : elle est le plus souvent abondante; les deux cas où elle manque sont ceux où les troubles étaient le moins accentués. Ceci ne fait encore que confirmer la remarque de M. Klippel : « Avec l'agueusie tabétique, le réflexe salivaire lui a semblé diminué, et,

au contraire, augmenté dans les cas de perversion du goût où la salivation est plus abondante, où la sialorrhée peut être extrême ».

B. Troubles de la sensibilité générale

b) *Anesthésie.* — Sans avoir constaté l'anesthésie totale de la muqueuse du goût, nous avons relevé dans plusieurs cas des diminutions de la sensibilité générale de la langue.

Le malade de l'observation VII qui, avec une anosmie totale, se plaignait d'agueusie, avait une diminution notable de la sensibilité générale de la langue : il sentait à peine la piqure.

La moitié gauche de la langue était moins sensible que la droite chez le malade de l'observation VIII qui avait également de l'hypogueusie à gauche; enfin chez le malade de l'observation IX qui était atteint presque d'agueusie totale et accusait fréquemment une sensation d'amertume, la sensibilité au contact était abolie sur toute la langue; la sensibilité à la douleur incontestablement très diminuée.

Ce n'est pas que nous voulions établir une relation entre l'anesthésie linguale et l'agueusie ou la perversion du goût : le malade, dont parle Klippel, qui était constamment poursuivi par ce goût de poisson pourri avait une diminution très peu marquée de la sensibilité générale de la langue : il est vrai qu'il y avait dans la

sphère du V à la face des troubles des plus nets : de ceci nous verrons l'importance plus tard.

b) *Perversions.* — Nous rangeons dans ce paragraphe les paresthésies qui, tout en étant signalées par le malade comme ayant un siège intra-buccal, n'offrent pas cependant le caractère de fausses sensations gustatives.

Tantôt il semble au malade, sa bouche étant vide, qu'il a comme de la terre autour des dents, tantôt c'est en mangeant du pain qu'il lui semble manger de la terre (obs. I) ou avoir du sable dans la bouche.

Nul malade n'est plus intéressant à ce point de vue que celui qui fait le sujet de l'observation VIII : « Le pain, nous dit-il, n'a plus bon goût; en le mangeant, il me semble avoir du sable dans la bouche; c'est surtout lorsqu'il est rassis que j'éprouve cette sensation; alors même trempé dans du lait, le pain m'en donne cette sensation de sable dans la bouche. » Depuis 6 mois, il a une sensation de plénitude dans l'intérieur de la cavité buccale; c'est comme s'il avait la bouche enflée, comme si celle-ci était le siège d'un abcès profond. C'est du côté gauche que cette sensation profonde de plénitude est le mieux marquée. Enfin, il lui arrive souvent, la nuit, de se réveiller avec une sensation spéciale dans la bouche : il lui semble que celle-ci est comme remplie de morceaux de verre; se rincer la bouche suffit à chasser cette sensation; puis survient de la sialorrhée.

TROUBLES DE L'ODORAT

A) *Troubles de la sensibilité spéciale*

a) *Anesthésie.* — L'anesthésie totale de l'odorat constitue l'anosmie : « L'anosmie, dit M. Collet (1) dans son rapport spécial, est, chez les tabétiques, le plus souvent partielle : elle a été observée 2 fois sur 50. » Nous la croyons plus fréquente ; car, sans tenir compte de la diminution de l'odorat ou hyposmie, nous avons relevé deux fois l'anosmie totale, absolue, sur nos quarante tabétiques.

Ces deux malades avaient remarqué l'un à la septième année, l'autre à la troisième année de la maladie qu'il leur était impossible de percevoir les odeurs : chez eux, l'anosmie a dû s'installer définitivement, car l'examen nous l'a révélée absolue ; qu'on leur mit sous le nez l'eau camphrée ou le salicylate de méthyle, ces deux malades ne sentaient absolument rien. L'odorat peut être simplement diminué et cela d'un seul côté : il en était ainsi chez les deux malades des observations IV et V où l'on notait une diminution de l'odorat à gauche. Enfin, on peut observer de l'anosmie passagère ; ainsi, un malade (obs. III) raconte qu'à un moment de sa maladie, il a eu une impossibilité complète de reconnaître les odeurs ; or, au moment de l'examen, cette anosmie semble peu marquée.

(1) COLLET, *Loco citato*.

Le malade de l'obs. VIII a aussi ses jours pour sentir ; par moments, il dit ne pas percevoir les odeurs.

à) *Perversions*.—Les perversions de l'odorat auxquelles on pourrait donner le nom de parosmies sont fréquentes, mais moins peut-être que les perversions du goût. Elles sont caractérisées, dit M. Klippel, par ce fait que les malades sentent des odeurs désagréables en dehors de tout objet pouvant provoquer ces sensations, y compris leur haleine qui n'est pas fétide. L'odeur de poisson pourri est la plus typique : l'auteur a observé un malade qui en était constamment la proie : lui présentait-on un objet même complètement inodore, il lui trouvait cette odeur : le seul fait de faire acte de sentir éveillait immédiatement l'odeur désagréable. Sur les 9 observations que nous rapportons, il y en a 3 où l'on note de la parosmie. Cette parosmie est passagère, survient par accès, ce qui est beaucoup plus fréquent que la parosmie continue ainsi que le fait remarquer M. Klippel. Cette parosmie est presque toujours de la cacosmie ; nous disons presque toujours, car nous avons observé un cas où le malade accusait des sensations subjectives d'odeurs agréables.

Le malade de l'obs. I, avait de temps à autre une sensation de mauvaise odeur rappelant le poisson pourri : il se rendait parfaitement compte de la subjectivité de cette sensation.

La malade (obs. IV) éprouva au début de sa maladie une sensation de mauvaise odeur. C'était comme une

odeur d'œufs couvis, de matière fécale. Ces fausses sensations survenaient surtout le matin ou le soir au moment des repas, se prolongeaient quelquefois pendant une heure, puis disparaissaient pour ne se montrer à nouveau qu'après un intervalle d'un jour ou deux. La malade cherchait d'abord une cause à ses sensations : elle recherchait si ses voisines de lit n'avaient pas été à la selle ; elle incriminait la qualité des œufs dont elle était arrivée à se dégoûter ; elle accusait sa propre haleine, sans rien trouver. Le malade de l'obs. VIII est parfois poursuivi par des sensations de bonnes ou de mauvaises odeurs : ces sensations ne surviennent qu'à des intervalles assez espacés, et sont elles-mêmes très fugaces. Ce sont les sensations d'odeurs agréables qui dominant : le malade les compare à des liqueurs : il lui est d'ailleurs difficile de préciser, car, étant victime de la fausse sensation, s'il réfléchit pour la définir, celle-ci s'évanouit aussitôt.

B. — Troubles de la sensibilité générale

b) Anesthésie. — En ce qui concerne l'odorat, dit M. Klippel, on peut reconnaître, avec des odeurs fortes, la disparition de l'éternuement et du réflexe vaso-moteur du nez à la conjonctive. Plusieurs malades ont constaté, après le début du tabes, que les éternuements ne se produisaient que relativement peu ou pas au cours du coryza.

Dans nos observations, nous relevons plusieurs cas

d'anesthésie de la pituitaire ; mais il ne semble pas exister de relation entre ces phénomènes d'anesthésie ou d'hypoesthésie, et les phénomènes d'anosmie ou d'hyposmie. Dans l'observation I nous voyons la cacosmie s'accompagner d'abolition des réflexes du nez et du pharynx ; dans l'observation IV une diminution de l'odorat à gauche, avec sensibilité de la pituitaire intacte ; réflexe au chatouillement très marqué ; réflexe naso-conjonctival très net. Une malade (observation V) avait de la diminution de l'odorat à gauche : la sensibilité de la pituitaire au chatouillement était conservée. L'observation VIII nous fait voir une hémianosmie droite ne s'accompagnant d'aucun trouble de la sensibilité tactile douloureuse ou réflexe de la pituitaire ; par contre, l'observation IX est un exemple d'anosmie totale s'accompagnant d'hypoesthésie considérable de la pituitaire et d'abolition des réflexes de cette muqueuse.

b') *Perversions*. — L'intérêt des perversions de la sensibilité générale ou paresthésies de la pituitaire réside tout entier dans l'étude d'un phénomène spécial, la crise nasale, tout à fait analogue aux crises gastriques ou laryngées, dit M. Klippel, qui l'a le premier observée.

Crise nasale

Nous avons vu M. Klippel, pour les troubles du goût et de l'odorat, noter des perversions, des sensations pathologiques, et montrer qu'elles évoluaient sous

forme d'accès : sur ce point, il insistait tout particulièrement. Ainsi pour le goût, il montre que les sensations subjectives « de terre », « d'acreté » peuvent survenir brusquement tous les jours, tous les quelques jours ou même à un intervalle plus grand ; que chaque fois, ces sensations subjectives durent une dizaine de minutes, par exemple, pour cesser ensuite. C'est bien là l'allure d'une crise : il n'y manque que le caractère que nous avons pris coutume de considérer comme principal dans toute crise : l'élément douloureux. Nous avons signalé également l'évolution sous forme de crise des perversions olfactives. Aussi, de même qu'il fait ressortir la marche par accès des perversions de la sensibilité spéciale, M. Klippel, décrit-il sous le nom de crise nasale un syndrome caractérisé lui aussi par son évolution paroxystique, mais se rapportant à un trouble de la sensibilité générale. Voici en quoi consiste cette crise nasale. Elle s'est montrée, dit l'auteur, chez un tabétique évident, âgé de 42 ans, à la troisième année de sa maladie, accompagnée d'aura parasthésique dans la sphère du V.

Du côté de la pituitaire, on trouvait chez ce malade de l'abolition du réflexe au chatouillement, une diminution de la sensibilité au toucher, et, à gauche seulement, une diminution de l'odorat. La crise est caractérisée par un accès d'éternuements avec parasthésie nasale, précédé de symptômes subjectifs dans la sphère du V, au niveau de la face et du cou. Au début, avant

l'éternuement, il y a une sensation anormale, dans la face, presque toujours du côté gauche, et toujours prédominante de ce côté. C'est une sorte d'aura occupant principalement la joue : sensation étrange, sorte de constriction de la face, d'engourdissement, et de raideur dans la sphère du V. Il semble au malade que la sensibilité disparaît dans les téguments de la joue. Cette sorte d'engourdissement le pousse à faire des grimaces volontaires avec ce côté de la face, comme pour réveiller une sensation absente. S'il touche sa face à ce moment il lui semble que la joue n'existe plus : la sensibilité devient de plus en plus obtuse dans cette partie ; il éprouve aussi, à ce moment, un peu de fourmillement accompagnant l'engourdissement. Presque en même temps, le malade a la sensation que la narine du même côté est enchifrenée, bouchée, tandis qu'à droite l'air passe normalement. A ce moment, des picotements surviennent au devant du larynx, dans les téguments, non dans le larynx lui-même, d'ailleurs sans toux ni dyspnée. Puis, le besoin d'éternuer se fait sentir : des fourmillements se produisent au niveau de la pituitaire, et l'éternuement se répète 7 à 10 fois.

Pas de troubles vaso-secrétoires notables, pas d'écoulement nasal de quelque importance. Les éternuements mettent fin à la crise et les sensations anormales dans la sphère du V disparaissent à ce moment. Les troubles de la sensibilité et l'enchifrenement n'existent qu'à gauche. Cependant, il y a parfois comme une ébauche

du même phénomène dans la joue droite. Aucune odeur spéciale pendant la crise.

Nous avons observé très nettement cette crise chez un de nos malades. Les accidents étaient apparus à la cinquième année de la maladie. Chez ce malade, il y avait des troubles très marqués de la sensibilité dans la sphère du V à la face; on notait en outre, du côté de la pituitaire, une diminution considérable de la sensibilité tactile, pas de réflexe au chatouillement, pas d'éternuement provoqué, pas de réflexe naso-conjonctival. Les crises sont caractérisées par des accès d'éternuements survenant en dehors de tout coryza; ces crises sont fréquentes et chacune d'elles est longue; la crise est annoncée par une sensation de picotement, de fourmillement, que le malade éprouve dans la profondeur des fosses nasales; il n'y a pas, annonçant la crise, d'aura paresthésique au niveau des joues. La sensation spéciale, localisée à la pituitaire, dure 1 à 3 minutes. Ce temps écoulé, apparaissent les éternuements qui se répètent pendant au moins un quart d'heure, d'après le dire du malade, au nombre de 20 et même davantage. Ces éternuements mettent fin à la crise, et, lorsqu'ils ont cessé, le malade n'éprouve plus rien d'anormal dans les fosses nasales. Jamais cette crise ne s'accompagne d'hypersécrétion de la muqueuse pituitaire. En somme, cette crise, quoique différant par certains petits détails, de celle de M. Klippel, lui est absolument superposable. La crise décrite par cét

auteur se résume en ceci : première période caractérisée par une aura parasthésique de la joue, du cou et du nez ; deuxième période accusée par des picotements dans la narine gauche, et terminée par un accès d'éternuements. Eh bien ! chez notre malade, la première période d'aura faciale n'existe pas, mais la deuxième est exactement la même.

Nul doute pour Klippel que cette crise soit provoquée par un trouble de la sensibilité générale et non de la sensibilité spéciale de l'odorat. Toujours est-il qu'en décrivant la crise nasale tabétique, il a cherché à établir les analogies et les différences qu'elle présentait avec le coryza spasmodique des arthritiques. On sait que ceux-ci sont sujets à des crises d'éternuements survenant dans certaines conditions, comme le passage d'un lieu chaud ou ensoleillé dans un endroit frais et sombre, etc...

Chez les tabétiques, il est incontestable que le tabes est la cause de l'accès. Il faut insister particulièrement comme le fait Klippel, sur l'aura qui précède l'accès d'éternuements et qui consiste ; ainsi que nous l'avons dit plus haut, en une parasthésie évoluant dans la sphère du trijumeau (joue, etc...) ; il faut faire remarquer que cette aura survient précisément chez des malades qui, en dehors de l'accès nasal, présentent des lésions permanentes du V (tabes à complications bulbaires). Si l'on examine l'odorat de ces malades, on y trouve des troubles permanents ainsi que cela existait dans notre cas.

Il est encore important de rappeler que l'éternuement a été reconnu comme modifié au cours de tabes, soit aboli dans les coryzas, disparu quand on cherche à le provoquer par chatouillement de la pituitaire, soit exalté spontanément par crise tabétique.

Enfin, et c'est là pour nous un point capital, les crises ne surviennent que du jour où le malade est tabétique ; elles sont donc nettement liées aux lésions des autres organes. Notre malade n'avait jamais eu de crise semblable avant d'être manifestement tabétique.

Évolution. — Ayant fini l'étude descriptive des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes, voyons comment ceux-ci évoluent au cours de la maladie : rien de plus intéressant, à cet égard, que la comparaison avec les autres troubles sensitifs, cutanés ou viscéraux. De même que ceux-ci peuvent ouvrir la scène, de même les perversions de l'odorat et du goût peuvent marquer les premiers symptômes. Survenant au cours de la maladie confirmée, ils peuvent s'installer d'une façon chronique et à demeure, ou bien survenir comme une crise aiguë, mais fugace et passagère. Ceci est très fréquent.

Et ce début aigu, inopiné n'est-il pas fréquent dans les divers symptômes tabétiques ? N'est-il pas commun de voir une crise laryngée se produire tout à coup, sans rien pour la faire prévoir ?

Et cette évolution fugace et passagère est-elle si rare ? N'est-il pas commun de constater, un jour, chez un tabétique une plaque d'anesthésie qu'on ne retrouve plus quelques jours après ?

L'analogie n'est pas forcée ; portons-nous aux faits.

Le malade de l'observation III se plaint d'avoir eu, une année avant d'entrer à l'hôpital, une impossibilité complète de reconnaître les odeurs : l'examen décèle très peu de choses.

La nommée Coud...(obs. IV) accuse en 1893, début de sa maladie, une cacosmie des plus nettes : elle est importunée par une odeur d'œufs pourris, de matière fécale. Puis tout disparaît et depuis cinq à six ans la malade n'observe plus rien d'analogue.

Il est presque de règle pour les fausses sensations gustatives (goût amer, goût de terre, etc.) de ne les voir survenir que tous les quelques jours, toutes les semaines, tous les mois. Comme le fait très bien remarquer Klippel, ces symptômes se rapprochent alors des crises douloureuses périphériques ou viscérales du tabes, mais dans lesquelles il n'y a pas de douleurs et dont les malades ne se plaignent pas, en général.

Mais, chose plus grave, l'aboutissant de ces troubles que nous avons vu évoluer peut être la folie. C'est naturellement sur les perversions olfactives et gustatives que se greffe le délire. Les troubles des sens, dit le professeur Pierret, sont assez fréquents dans le tabes ; le malade qui croit marcher sur du coton ne s'arrêtera pas longtemps à cette idée si le contrôle des autres sens qui lui restent intacts ou modérément pris, lui fournit la preuve qu'il n'y a pas de coton par terre. Mais si le contrôle vient à lui manquer ; si la vision, le goût, le

tact, la sensibilité générale sont atteints ; si, d'un autre côté, on considère combien de souffrances — douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture, crises gastriques — ont déprimé son moral, il ne sera pas difficile de s'expliquer l'éclosion d'un délire de persécution qui progressera avec l'affection médullaire. Tel est le point de vue auquel se plaçait M. Pierret en inspirant la thèse de son élève Rogier. Pour que ce délire à point de départ périphérique s'organise, dit M. Klippel, il faut une condition nouvelle, assez rarement réalisée chez les tabétiques : c'est l'affaiblissement des facultés intellectuelles ; dès que l'intelligence fléchit, l'interprétation délirante apparaît. Alors, de même que les douleurs fulgurantes vont devenir des décharges électriques ; de même que les sensations de flamme, les phosphènes dus à la lésion du V vont devenir des tortures imposées par des ennemis imaginaires ; de même, les perversions du goût et de l'odorat vont pouvoir être attribuées à un persécuteur nettement désigné. Nous en trouvons des exemples dans la thèse de Naggar (1).

Dans l'observation XVIII une tabétique à antécédents héréditaires chargés, ayant fait des excès alcooliques quitte la Salpêtrière où « on lui brûlait les yeux ». Mais ailleurs, « on veut l'empoisonner. » « On lui met des eaux fortes dans les oreilles, pour l'assourdir ; on lui donne de mauvaises choses à boire ; un cachet d'antipyrine la brûle comme du feu, c'est sûrement du

(1) NAGGAR. *Thèse. Folie et tabes*. Paris, 1895.

poison, elle a du poison à odeur fétide sous les bras ; la soupe a un drôle de goût ; cela dépend des jours, la dose de poison n'est pas toujours la même, »

La malade de l'observation XXI, victime aussi d'une lourde hérédité, avait, sur ses troubles de la gustation, greffé son délire. « On lui donnait à boire du vin, elle était obligée de regarder pour savoir ce qu'elle buvait, elle se demandait si c'était de l'eau ou du lait, en tout cas, elle trouvait cela mauvais. Tout ce qu'on lui donne à manger est mauvais, on veut l'empoisonner, elle mange des saletés, les malades font dans les assiettes et voilà ce qu'elle a à manger. »

On voit comment, chez les tabétiques, s'organise le délire à point de départ périphérique : il est surtout fréquent après les troubles du goût et de l'odorat. Le délire de la persécution peut devenir complet, dit M. Klippel : hallucination présente, accusation formulée, persécuteur nettement choisi et désigné ; le malade accuse, se plaint et se défend. On comprend, qu'en dehors de symptômes ataxiques, et dans un *tabes fruste*, ce délire puisse se développer, devenir symptôme prédominant et égarer le diagnostic. Il faudra rechercher l'abolition des réflexes, les troubles de la sensibilité, les douleurs, les symptômes visuels qui manquent dans le délire de persécution vrai.

Pronostic. — Le pronostic des troubles du goût et de l'odorat considérés pour eux-mêmes, n'entraîne d'autres conséquences que l'anosmie ou l'agueusie pour le malade,

ou encore la possibilité d'un délire greffé sur les perversions sensorielles. Mais le pronostic de ces troubles considérés dans leur rapport avec la maladie nerveuse elle-même est autrement sérieux. Et là nous voyons les troubles gustatifs et olfactifs qui ont pu quelquefois aider au diagnostic précoce de la maladie, servir toujours à son pronostic. C'est un pronostic défavorable qu'ils entraînent. Toujours, en effet, quand ces troubles sont très marqués, on trouve lésés d'autres nerfs encéphaliques : les troubles du goût et de l'odorat marquent les tabes céphaliques, les tabes supérieurs ; ils révèlent l'envahissement du bulbe, si sûrement que nous serions tentés d'en faire une loi de coïncidence.

Voyons les deux malades qui ont fait l'objet de l'intéressante communication de Joffroy et Hanot au Congrès d'Alger : ce sont des exemples d'accidents bulbaires aigus survenus à la première période du tabes ; le premier malade présentait depuis quelques temps, comme premiers symptômes de cette affection des douleurs rhumatoïdes dans les membres, une perversion du goût caractérisée par une saveur franchement amère que le malade trouvait à tout ce qui était douçâtre ou sucré.

Ces phénomènes duraient depuis un an environ, lorsque soudain le malade se trouva dans l'impossibilité de parler autrement qu'avec un nasonnement très prononcé ; en même temps il éprouvait une grande difficulté pour avaler les aliments solides et surtout

liquides ; bref, il venait d'être frappé d'une paralysie du voile. Un examen minutieux fit reconnaître peu de temps après une diminution considérable de la sensibilité des deux côtés de la face, plus tard encore un certain degré de paralysie faciale droite. Signe de Westphall. Parésie vésicale. Anaphrodisie. L'examen de la sensibilité cutanée révéla l'existence de plaques anesthésiques irrégulièrement disséminées sur tout le corps, sur le front, au-dessus de l'œil gauche, sur tout le nez. Chez le deuxième malade qui présentait une diminution de la sensibilité gustative, on notait une paralysie faciale double, une parésie de la langue, une surdité incomplète à droite. Dans ces deux cas, Joffroy et Hanot croient devoir attribuer ces accidents à des modifications circulatoires probablement hyperémiques, car ils cédèrent rapidement au traitement ioduré. Le malade de Klippel qui était constamment poursuivi par l'odeur et le goût de poisson pourri, avait : 1° des troubles de la déglutition avec parésie du voile (lésions du VII et du XII) ; 2° une sialorrhée d'intensité peu commune impliquant une lésion des nerfs sécrétoires de la salive ; 3° des troubles de la sensibilité dans la sphère du V ; 4° des paralysies permanentes des paupières. Nous croyons que ce sont surtout les troubles de la sensibilité du V qui sont constants ; ce sont eux seuls que nous avons relevé chez nos malades offrant des troubles assez intenses du goût et de l'odorat ; mais, pour exister seuls, ils n'en étaient pas moins très accusés ; nous

n'en voulons pour preuve que le malade qui fait le sujet de notre dernière observation : chez lui tout le territoire sensitif du V, aussi bien la face que la langue, ou la muqueuse pituitaire, était le siège soit d'anesthésie, soit d'analgésie totale, suivant le point examiné.

Diagnostic. — Le diagnostic des troubles du goût et de l'odorat réside tout entier dans leur recherche systématique chez tous les tabétiques ; on ne les confondra pas avec les troubles produits par une hystérie associée au tabes. Rouffilange (1), dans sa thèse, rapporte quatre cas de tabes avec hystérie, où l'on notait des troubles du goût et de l'odorat : l'unilatéralité bien nette de ces troubles et les autres stigmates d'hystérie feront faire le diagnostic.

Nous ne parlerons plus de l'anatomie pathologique des troubles que nous avons décrit : nous n'entrerons pas non plus dans la discussion pathogénique de chaque trouble en particulier ; nous ne pourrions que répéter ce que M. Klippel a fort bien dit dans son mémoire. Mais nous croyons intéressant pour terminer cette étude d'envisager dans son ensemble et de haut, la pathogénie de ces troubles ; pour cela, rien de plus instructif que la comparaison à ce point de vue spécial du tabes et de la paralysie générale.

(1) ROUFFILANGE. *Thèse*. Paris, 1893. Contribution à l'étude de l'association du tabes et de l'hystérie.

Parallèle sensitif et sensoriel entre le tabes et la paralysie générale

Examinons successivement les différentes sensibilités :

Qui n'a vu, dit M. Klippel (1), l'atrophie du nerf optique, entraînant la cécité, au cours du tabes ? Qui d'autre part a pu constater la même lésion dans la paralysie générale ?

Sans doute personne. Si, au cours de cette maladie, on peut voir survenir de l'amaurose, l'examen des yeux des paralytiques n'a encore donné que des résultats contradictoires : Voisin et Galezowski n'ont trouvé, sur 40 paralytiques, que 2 fois une atrophie partielle de la rétine et 2 fois une dilatation anévrysmale de l'artère centrale de cette membrane. Magnan a noté de l'œdème péripapillaire ; mais en somme, on le voit, rien qui rappelle la classique atrophie papillaire.

(1) M. KLIPPEL. L'atrophie du nerf optique par rapport au tabes et à la paralysie générale. *Revue de Psychiatrie*. Avril 1898.

Les troubles de l'audition sont fréquents dans le tabes et ont fait l'objet de nombreux travaux, notamment de la part de M. Collet de Lyon : quand on les note chez le paralytique, c'est l'hyperacousie que l'on signale ; pour ce qui est de l'affaiblissement de l'ouïe, disent MM. Christian et Ritti dans leur article du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, il a également été observé par Mendel, mais nous croyons qu'il ne faut pas y voir autre chose qu'un accident fortuit.

Nous pensons avoir réussi à montrer combien les troubles du goût étaient communs dans la maladie de Duchenne ; rien de plus rare dans la paralysie générale ; sans doute, à la rigueur, on pourrait noter des conceptions délirantes portant sur le goût : sans doute on pourrait soutenir qu'aux périodes avancées de la maladie, l'agueusie existe, en invoquant pour preuve l'indifférence avec laquelle le paralytique avale les substances les plus répugnantes. Mais n'oublions pas qu'à cette période de la maladie l'état mental du sujet se trouve profondément troublé, et que c'est à un dément que l'on a affaire.

Et la sensibilité générale : est-il besoin de dire de combien de troubles profonds elle est le siège chez l'ataxique ? Par contre ce n'est qu'exceptionnellement que l'on relève de l'anesthésie au cours de la paralysie générale où « le plus souvent, la sensibilité est restée intacte depuis le début jusqu'à la fin de la maladie » disent Lasègue et Mendel.

Nous avons omis à dessein dans ce parallèle le sens de l'odorat : c'est qu'il semble nous faire mentir. D'après A. Voisin, l'hyposmie ou l'anosmie unilatérales ou bilatérales sont un des signes les plus importants pour le diagnostic de la paralysie générale à la période prodromique. Il prétend : 1° que ce signe est presque constant 2° qu'il n'appartient à aucune autre maladie, sauf cas exceptionnels (ozène, ancienne fracture de l'ethmoïde) 3° que c'est un signe du début constatable, avant le tremblement de la langue et l'inégalité pupillaire, avant même l'affaiblissement de la mémoire ; 4° que c'est un signe facile à constater. Sans relever ce que ces assertions ont d'exagéré, contentons-nous de retenir ce fait — et il est admis à peu près de tous — que les troubles de l'odorat sont fréquents au cours de la maladie de Baillarger. C'est donc l'effondrement de l'opposition que nous nous efforcions de soutenir entre les deux maladies.

Pour l'étayer, faisons un peu d'anatomie normale et pathologique.

Les différents nerfs crâniens, au-delà de leur origine apparente sur le cerveau rampent dans l'espace sous-arachnoïdien pour gagner leurs trous respectifs à la base du crâne. Ils sont bien entourés de gaines spéciales que leur fournissent les trois méninges, mais ils ne sont plus en contact direct, immédiat avec les circonvolutions, avec le cerveau lui-même. Il n'en est pas de même pour une partie de la voie olfactive : nous ne disons pas du

nerf olfactif, car nous expliquant au début de notre thèse sur ce point de terminologie, nous avons vu ce qu'il convenait d'entendre par nerf olfactif. Toujours est-il qu'une partie de la voie olfactive, précisément celle que parcourt le deuxième neurone olfactif périphérique est en rapport intime avec la substance cérébrale : en effet, le bulbe olfactif qui repose par sa face inférieure sur la lame criblée de l'ethmoïde s'enchasse par sa face supérieure dans le sillon olfactif : la pie-mère le revêt tout autour et lui envoie de nombreux vaisseaux. L'arachnoïde lui forme un manchon complet. Le pédoncule olfactif ou bandelette olfactive qui, du pôle postérieur du bulbe olfactif, s'étend en direction sagittale jusqu'aux racines olfactives est logé dans le sillon olfactif contre lequel l'applique l'arachnoïde ; la coupe de ce pédoncule a la forme d'un prisme triangulaire dont les deux faces sont en rapport intime avec les deux lèvres du sillon olfactif, tandis que la base apparaît libre extérieurement. En résumé, bulbes olfactifs et bandelettes olfactives sont en rapport immédiat avec la partie des circonvolutions cérébrales qui limitent le sillon olfactif.

Or, à l'autopsie d'un cerveau de paralytique général, que voit-on ?

Des adhérences intimes de la pie-mère à la substance grise sous-jacente, adhérences surtout marquées au niveau des lobes antérieurs, frontaux, tant sur leur face convexe que sur leur face inférieure. Ce sont ces adhérences, ces épaississements méningés qui englobent,

qui étouffent cette partie du nerf olfactif que nous avons signalée, et justement parce que celui-ci se trouve en ce point en contact intime avec la substance grise cérébrale. Et voilà pourquoi le nerf olfactif est pris si souvent au cours de la paralysie générale: l'explication est claire, anatomique, indubitablement exacte; elle est de Klippel. Combien cette lésion du nerf dans la paralysie générale diffère de celle créée par le tabes; dans la paralysie générale, lésion grossière, lésion de contact, de voisinage; dans le tabes lésion intime, lésion de systématisation. Le nerf olfactif est touché dans la maladie de Baillarger, parce qu'il se trouve trop près du foyer inflammatoire; que, de par son développement embryogénique il se fut trouvé un peu plus éloigné du cerveau et peut-être la maladie l'eût épargné.

En un mot, et pour tout résumer, nous croyons pouvoir dire qu'il est atteint par une lésion de pure contingence, absolument comme se trouve englobé un nerf périphérique dans le cal d'une fracture.

On le voit: l'exception que nous avons relevée n'était qu'apparente; on peut dire une fois de plus qu'elle confirmait la règle: et celle-ci établit que les troubles sensitifs ou sensoriels sont la loi ordinaire chez le tabétique, l'exception chez le paralytique.

C'est qu'il y a entre ces deux maladies un fossé profond; c'est que, comme l'a si clairement écrit M. Klippel (1), le tabes frappe les neurones les plus péri-

(1) M. KLIPPEL. *Loco citato*.

phériques ; la paralysie générale, les neurones les plus centraux ; l'un est la maladie du téloneurone centripète, l'autre la dégénérescence de l'archineurone central. Et lorsque, de ces deux points diamétralement opposés où l'individualisation puissante des neurones les a formellement cantonnées, les deux maladies s'avisent d'empiéter sur le domaine l'une de l'autre, ce ne peut être qu'à la faveur de cette dégénérescence de transmission, encore clairement établie par M. Klippel (1). Et l'on comprend combien doit être rare cette immixtion réciproque si l'on réfléchit quelle est la barrière puissante qu'élève devant un neurone la résistance d'un autre neurone nettement spécialisé.

C'est cette localisation du tabes sur les téloneurones du goût et de l'odorat, — sur ceux de la sensibilité spéciale comme sur ceux de la sensibilité générale — que nous tenions à faire clairement ressortir.

Ainsi notre étude, avec ses apparences purement cliniques, pourra peut-être servir à confirmer un point de théorie, en montrant la pathogénie si différente de ces deux grandes maladies du système nerveux : le tabes et la paralysie générale.

(1) KLIPPEL. Les neurones. Les lois fondamentales de leurs dégénérescences. *Archives de Neurologie*, n° 6, 1896.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lem..., 44 ans, journalier, entre le 9 août 1898 à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Raphaël, service de M. le docteur Klippel.

Antécédents héréditaires négatifs. Syphilis contractée à 32 ans, soignée seulement pendant trois mois. Nombreux excès alcooliques avant le début de la maladie actuelle.

Ce début se fit brusquement en l'année 1894 : le malade ressentait aux membres inférieurs des douleurs rapides et intenses; en même temps, la vue se troublait, il ne pouvait lire son journal. La marche devient difficile; apparaît un mal perforant plantaire : entré à Saint-Joseph, il y subit l'amputation du gros orteil. A sa sortie, l'état général s'aggrave; les douleurs fulgurantes sont plus fréquentes et plus intenses, la marche plus difficile; la vue s'affaiblit encore; les troubles urinaires (incontinence d'urine) apparaissent et le malade entre à l'annexe.

On constate l'absence des réflexes du tendon rotulien et du tendon d'Achille; signe de Romberg; pas d'anesthésie.

Goût. — Fréquemment, et en dehors de toute alimentation, le malade ressent dans la bouche un goût âcre; ce goût âcre est suivi d'une sialorrhée d'abondance médiocre. Ce symptôme apparut il y a six mois, soit trois ans et demi après le début de

la maladie. Cette sensation survient surtout le matin à jeun et dure deux ou trois heures. Elle peut se reproduire deux ou trois fois par jour. La langue est le siège d'un tremblement très marqué, mais sa muqueuse n'offre rien d'anormal. Fréquemment, en mangeant du pain, le malade a la sensation de manger de la terre.

Odorat. — De temps en temps, sensation de mauvaise odeur rappelant le poisson pourri : le malade se rend parfaitement compte de la subjectivité de cette sensation; quand elle se montre, le malade éprouve au niveau de la joue gauche une sensation de tuméfaction.

Les réflexes du nez et du pharynx sont abolis.

OBSERVATION II

Jacquem..., 40 ans, journalier, entre le 5 novembre 1898 à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Raphaël, service de M. le docteur Klippel.

Son père était bien portant; sa mère, sujette à des attaques hystériformes, mourut de la poitrine; une sœur, nerveuse, est soignée à Saint-Antoine pour neurasthénie.

Syphilis en 1880; vers le début de 1894, douleurs fulgurantes aux membres inférieurs, surtout la nuit; en 1896, douleurs dans la moitié droite de la figure et ptosis ayant duré quinze jours. Puis apparaissent successivement des douleurs en ceinture, des troubles de la miction (incontinence ou rétention).

A son entrée, on constate : signe de Westphall, de Romberg; démarche les jambes écartées avec titubation légère,

Sensibilités tactile et thermique conservées; sensibilité à la douleur intacte à la plante du pied, au menton, considérablement diminuée à la région lombaire gauche, abolie partout ailleurs.

Du côté des sens, la vue a baissé depuis un an. Signe d'Argyll Robertson. Audition et olfaction intactes.

Du côté du goût, pas de troubles subjectifs, pas de sialorrhée; mais le sulfate de quinine n'est perçu que dans les 2/3 postérieurs de la langue, avec un retard considérable.

OBSERVATION III

Poite..., entré une première fois le 13 octobre 1897, une deuxième fois le 1^{er} septembre 1899, à l'Hôtel-Dieu (annexe), service de M. le docteur Klippel.

Le début apparent de la maladie semble remonter à 1896.

Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; douleurs en ceinture; sensation d'engourdissement dans les membres supérieurs. Signes de Westphall, de Romberg. Ataxie des membres inférieurs. Troubles urinaires. Diplopie. Amblyopie droite. Argyll Robertson.

En 1897, voilà ce qu'on avait noté du côté des sens :

« Le malade présente dans la sphère du V une série de troubles importants, intéressant le goût et l'odorat surtout, rentrant dans la catégorie de ceux signalés par M. Klippel. Le malade éprouve parfois une sorte de sifflement dans l'oreille gauche, parfois aussi une sensation de piqure. Le goût est diminué, non perverti; le réflexe pharyngien existe; la sensibilité tactile de la langue est diminuée à gauche; la sensibilité thermique abolie à gauche; très diminuée à droite. L'odorat est diminué à gauche; la sensibilité au chatouillement est moindre à gauche, presque nulle. Le réflexe lacrymal est conservé. La face nous présente une sensibilité diminuée à gauche et le malade a, de ce côté, des douleurs brusques analogues à un pincement. De plus, depuis deux mois environ, le malade a, par moments, une hypersécrétion salivaire marquée. Cette salive est claire comme de l'écume, dit-il. Le côté gauche salive plus que le droit. Les crises durent de deux à trois heures ».

Deux ans plus tard, voici ce que sont devenus ces troubles sensoriels :

La diminution de l'acuité visuelle est très marquée, surtout à droite : diminution de l'acuité auditive très marquée, surtout à gauche; comme les troubles oculaires, ces troubles auditifs paraissent en voie d'aggravation.

Odorat. — Le malade dit avoir eu, l'an dernier, une impossibilité complète de reconnaître les odeurs, actuellement, cette anosmie est peu marquée.

Goût. — Actuellement, le malade n'a pas d'agueusie; il se plaint seulement d'avoir parfois dans la bouche, surtout au matin, une sensation très désagréable d'œuf pourri; il ne peut la chasser, dit-il, qu'en gardant une chique de tabac dans la bouche.

OBSERVATION IV (Personnelle).

La nommée Coud... 58 ans, entrée en 1897 à l'hospice de Bévannes, service de M. le docteur Touche, salle Duchenne.

Père et mère morts en âge avancé, très nerveux. Elle même fut toujours bien portante jusqu'en 1893, début de la maladie actuelle: ce début aurait été marqué par une amblyopie gauche avec diplopie; puis survint l'ataxie: la malade marchait comme si elle était ivre. Douleurs en ceinture; signes de Westphall, d'Argyll Robertson. Troubles urinaires dans les premiers temps.

Vers le début de sa maladie, la malade éprouvait dans le nez une sensation de mauvaise odeur; c'était comme une odeur d'œufs pourris, de matière fécale. Ces sensations survenaient surtout le matin ou le soir, au moment des repas, duraient quelquefois une heure environ, puis disparaissaient pour se montrer de nouveau 1 à 2 jours après. La malade ne savait d'abord à quoi attribuer ces sensations: parfois elle se retournait de droite et de gauche pour s'assurer si une de ses voisines de lit n'avait pas été à la selle. Elle incriminait aussi la qualité des aliments et en était arrivée à se dégoûter des œufs: ou bien elle accusait sa propre haleine et, pour s'en assurer, soufflait sur sa main mise au devant de sa bouche. Inutile de dire qu'elle ne trouvait rien pour motiver ses sensations. A l'époque de leur apparition, l'œil était redevenu normal; la malade ne souffrait pas encore, mais avait des troubles de la marche et de la sta-

tion debout. Depuis, avec l'évolution de la maladie, ces troubles olfactifs ont disparu pour ne jamais se montrer à nouveau.

A l'examen, l'odorat semble, mais très peu, diminué à gauche. La sensibilité de la pituitaire est intacte : le réflexe au chatouillement très marqué, le réflexe naso-conjonctival très net.

Le goût est tout à fait normal, le réflexe pharyngé intégralement conservé, ainsi que la sensibilité générale sur toute la surface de la langue.

OBSERVATION V (Personnelle)

La nommée Fill..., 43 ans, entrée en 1897 à l'hospice de Brévannes, service de M. le docteur Touche, salle Brown-Séguard.

Début il y a 8 ans par des douleurs dans les jambes, douleurs en ceinture, crises gastriques, ataxie, diplopie au début, vue intacte.

Dit avoir toujours bien perçu les odeurs et les saveurs, ne se plaint que d'un goût amer dans la bouche, survenant la nuit et passant quand la malade s'est rincé la bouche. Cette sensation n'entraîne pas d'hypersécrétion salivairé.

Sensibilité générale intacte sur toute la face.

Odorat diminué à gauche; de ce côté, également, la sensibilité de la pituitaire au chatouillement semble diminuée, mais n'est pas abolie.

Goût conservé, sensibilité de la langue intacte.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Dhul..., 57 ans, entré à Brévannes en 1897, salle Tenon, service de M. le docteur Touche.

Syphilis à 18 ans, excès alcooliques, début de la maladie, il y a un an, par une amblyopie droite. Puis, douleurs fulgurantes aux jambes, douleurs en ceinture, troubles urinaires, ataxie

depuis quatre ans, perte complète de la vue à droite, diminution à gauche, signe de Westphall.

A toujours bien senti les odeurs et le goût des aliments; jamais de perversions olfactives. Par contre, il est très souvent poursuivi par une sensation de goût amer dans la bouche et comme par une sensation de terre autour des dents : sa dentition est très mauvaise; il n'a, néanmoins, jamais mauvaise haleine.

C'est surtout le matin à jeûn que le malade accuse ce goût amer; l'acte de fumer une cigarette ou de prendre quelque aliment fait disparaître la sensation.

La langue de ce malade est tout à fait particulière. Dans sa partie postérieure, elle offre un enduit saburral banal; mais dans les deux tiers antérieurs, on voit les papilles nettement isolées et comme engainées chacune d'un manchon blanchâtre qui paraît augmenter leur volume. Mauvaises digestions fréquentes.

La sensibilité au tact et à la douleur est conservée sur la face et la langue. L'odorat et le goût sont intacts; mais il semble qu'il y ait un certain retard dans la perception gustative : le malade trouve le sulfate de quinine d'abord fade, la sensation amère ne se montre qu'au bout d'une minute environ; le réflexe salivaire est conservé.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Sér..., 45 ans, entré en 1897, hospice de Brévannes, service de M. le docteur Touche, salle Civiale.

Père mort hémiplégique, mère morte encore jeune, une sœur serait également ataxique. Fièvre typhoïde et rougeole dans le jeune âge. Syphilis probable.

Début de la maladie il y a 10 ans, par des douleurs dans les membres. Continuelles depuis, elles sont, au moment de l'examen, intenses et fréquentes. Nécessitant jusqu'à 15 piqûres de morphine par jour, elles énervent le malade, qui, sans cesse

occupé par son atroce souffrance, est difficile à examiner. Cécité absolue depuis 3 ans.

Depuis cette époque, le malade s'est aperçu qu'il ne percevait plus les odeurs. De même il dit sentir imparfaitement le goût des aliments. Il y a deux ans environ qu'il ressent dans la bouche un mauvais goût : « C'est tantôt amer, nous dit-il, tantôt comme de la viande corrompue ». Cette sensation est immédiatement suivie d'une sialorrhée abondante qui force le malade à cracher.

La sensibilité générale ne semble pas atteinte à la face ; le malade localise bien la piqure ; mais à la langue, la sensibilité est notablement diminuée ; le malade sent à peine la piqure.

Du côté de l'odorat, le malade ne perçoit pas les odeurs ; l'anosmie est absolue ; la sensibilité de la pituitaire au chatouillement est conservée.

Le goût ne semble pas très atteint ; car le malade perçoit les sensations d'amer et de sucré.

OBSERVATION VIII (Personnelle.)

Flé..., 56 ans, entré à Brévannes en 1897, salle Tenon, service de M. le docteur Touche.

Sa mère était sujette à des attaques de nerfs.

Il eut la variole en 1870 ; sa maladie débuta en 1892. Il éprouva tout d'abord une sensation douloureuse de constriction au niveau des pieds ; puis des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; plus tard, des douleurs autour de la ceinture, et, enfin, après celles-ci, dans les membres supérieurs, principalement dans les doigts et après avoir serré un objet. Troubles urinaires au début de la maladie.

Il accuse depuis son entrée à l'hospice des troubles très intéressants de l'odorat et du goût. Par moments, il ne perçoit pas les odeurs ; quelquefois, dit-il, un infirmier passe avec du sirop d'éther dont il sent très bien l'odeur ; mais, par moments, on pourrait le lui mettre sous le nez sans qu'il le sente.

En outre, à certains instants, il a la sensation subjective de bonnes ou de mauvaises odeurs, plus souvent de bonnes, nous dit-il. Ces sensations sont espacées et fugaces ; au moment de l'examen, il y a dix jours qu'il ne les a pas perçues. Il les décrit cependant d'une façon assez satisfaisante. Au début, dit-il, il cherchait autour de son lit — sans jamais rien trouver — pour voir si ses sensations n'étaient pas motivées ; il lui est toutefois assez difficile de préciser à quelle sensation connue ressemblaient ces odeurs bonnes ou mauvaises. Pour les bonnes il répond : « ça sentait comme des liqueurs » ; pour les mauvaises, il ne précise pas non plus : notons toutefois qu'au début, lorsqu'il en était poursuivi, il recherchait si un de ses voisins de lit n'avait pas été à la selle. Du reste il y a une raison pour laquelle il ne peut préciser : dès qu'intervient chez lui l'acte psychique pour tâcher d'interpréter la sensation subjective, celle-ci s'évanouit aussitôt.

Les troubles du goût existent aussi : d'abord le malade a observé qu'il percevait moins bien qu'avant le goût des aliments. C'est surtout pour le pain qu'il a fait cette remarque : le pain n'a plus bon goût ; en le mangeant il lui semble avoir du sable dans la bouche. Si le pain est rassis, la sensation est encore plus marquée ; alors, même trempé dans du lait, l'aliment donne la sensation de sable dans la bouche. Depuis six mois, le malade accuse une sensation de plénitude dans l'intérieur de la cavité buccale : il lui semble avoir la bouche enflée comme si celle-ci était le siège d'un abcès profond. C'est du côté gauche que cette sensation de plénitude est principalement marquée. Enfin, il arrive souvent au malade de se réveiller la nuit avec une sensation spéciale dans la bouche ; il lui semble que celle-ci est comme remplie de morceaux de verre, sans que d'ailleurs cette sensation soit douloureuse ; il lui suffit de se rincer la bouche avec un peu d'eau pour que cette sensation disparaisse ; mais le malade n'est pas encore quitte, car survient une sialorrhée qui, sans être exagérée, entraîne souvent l'issue de la salive hors de la bouche.

A l'examen de la sensibilité générale, celle-ci est conservée au tact dans la sphère du V ; mais elle est notablement diminuée à la douleur du côté gauche de la face ; la piqure, même profonde, jusqu'au sang, n'est perçue que comme sensation de contact ; il y a de plus un certain retard dans la perception de la sensation.

La moitié gauche de la langue est également moins sensible à la piqure que la moitié droite.

Du côté de l'odorat, le malade ne perçoit pas les odeurs par la narine droite ; à gauche la sensibilité nous semble diminuée, mais existe ; au moment où nous approchons le flacon d'eau camphrée de la narine gauche, le malade nous dit : « voilà l'odeur agréable que je ressens souvent. »

La sensibilité générale est conservée sur la pituitaire ; le réflexe conjonctival apparaît vite ; le malade éternue dans ses coryzas ; il a même souvent, en dehors de tout rhume, des crises d'éternuements ; ceux-ci se répètent 5 à 6 fois de suite. Notre interrogatoire a été impuissant à révéler si ces crises de sternutation étaient précédées de paresthésies spéciales.

Du côté du goût, le malade perçoit bien les sensations amères et sucrées, avec moins de netteté cependant dans la moitié gauche de la langue.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Rimb..., 55 ans, entré à Brévannes, salle Villemin. service de M. le docteur Touche.

Il a toujours joui d'une bonne santé ; il a fait des excès alcooliques, surtout d'absinthe, dont il buvait jusqu'à un litre par jour pendant cinq ans. Excès vénériens, mais pas de syphilis.

Début de la maladie en 1891 par des crampes douloureuses dans les jambes ; douleurs en ceinture assez espacées actuellement et ne survenant qu'aux changements de temps. Troubles urinaires : incontinence au début, dysurie à l'heure actuelle. Vue assez bien conservée. Signes de Westphall, de Romberg,

d'Argyll-Robertson. Anesthésie complète sur les membres inférieurs.

Depuis 1893, le malade est privé de la faculté de sentir les odeurs ; mais il n'a pas de perversion de la sensation olfactive.

Voici 4 à 5 ans qu'il est sujet à des crises d'éternuements survenant en dehors de tout coryza. Ces crises sont fréquentes et chacune d'elle est longue ; la crise est annoncée par une sensation de picotement, de fourmillement que le malade éprouve dans la profondeur des fosses nasales ; il n'y a pas, annonçant la crise, de paresthésies au niveau des joues. Cette sensation spéciale, localisée à la pituitaire, dure une à trois minutes ; ce temps écoulé, apparaissent les éternuements qui se répètent pendant au moins un quart d'heure d'après le dire du malade, au nombre de vingt et même davantage. Ces éternuements mettent fin à la crise, et lorsqu'ils sont terminés, le malade n'éprouve plus aucune sensation anormale dans les fosses nasales. Jamais cette crise ne s'accompagne d'une hyper-sécrétion de la muqueuse.

Depuis quelques années, ce malade prétend ne trouver aucun goût aux aliments qu'il prend. Très souvent, il accuse une sensation d'amertume dans la bouche, et plus exactement sur la langue.

Cette sensation survient surtout la nuit ; elle est même si accusée que c'est elle qui réveille le malade ; en même temps, celui-ci salive abondamment « comme de l'eau de savon ».

Au bout d'un temps variable, une heure quelquefois, goût amer et sialorrhée disparaissent simultanément.

L'examen de la sensibilité fait constater une anesthésie des deux joues ; une diminution considérable de la sensibilité à la douleur sur ces deux parties, où la piqure même profonde est à peine sentie.

L'anesthésie et l'analgésie sont absolues, complètes, sur les deux ailes du nez.

Du côté de l'odorat, on constate manifestement une anosmie totale ; qu'on mette sous le nez du malade des flacons d'eau

camphrée, de salicylate de méthyle, celui-ci ne perçoit absolument rien.

La sensibilité de la pituitaire est considérablement diminuée : le malade sent à peine le chatouillement : il n'a pas de réflexe de défense, pas d'éternuement, pas de réflexe conjonctival : en somme hypo-esthésie très notable de la pituitaire et réflexes de cette muqueuse apparemment abolis.

Du côté du goût : la sensibilité de la langue est abolie au contact, et incontestablement diminuée à la douleur.

Le malade sent à peine le sulfate de quinine auquel il trouve un « petit goût amer » de même, diminution de la sensibilité gustative pour le sucre.

Quant on dépose du sel sur la langue, le malade accuse un tout petit goût salé, mais qui ne semble pas l'incommoder outre mesure, car il conserve le corps dans sa bouche et le suce quelques instants.

En somme, diminution considérable du goût ; on pourrait presque dire agueusie, car il faut des doses relativement très fortes de sulfate de quinine pour faire naître ce petit goût amer.

La langue est normale ; le réflexe pharyngé est aboli ; il n'y a aucun trouble de la déglutition ; la vue et l'audition sont normales.

CONCLUSIONS

Nous avons poursuivi l'étude du goût et de l'odorat chez un grand nombre de tabétiques : chez plusieurs d'entre eux, dont nous avons retenu les observations, nous avons constaté des troubles multiples : du côté de l'odorat : anosmie, diminution de l'odorat, hémianosmie ; parosmies (le plus souvent cacosmie ; odeur d'œufs couvis, de matière fécale) ; diminution ou abolition de la sensibilité tactile douloureuse ou réflexe de la pituitaire. Du côté du goût : agueusie complète ou incomplète ; perversions du goût (toujours sensations désagréables : de poisson pourri, d'amertume, d'âcreté, etc.) ; diminution ou abolition de la sensibilité tactile douloureuse ou réflexe de la muqueuse linguale.

Nous avons pu rencontrer en outre un exemple de la crise nasale de Klippel encore si peu connue à l'heure actuelle et nous avons particulièrement insisté sur cet accident si intéressant du tabes.

Nous avons placé en un parallèle les mêmes accidents du côté du goût et de l'odorat chez le tabétique

et chez le paralytique général, et nous avons pu conclure que chez ce dernier l'odorat seul subissait une diminution comparable à celle du tabétique.

Cette analogie clinique grossière s'efface devant les conditions pathogéniques qui la motivent. Il s'agit dans la paralysie générale de la propagation de la méningite au nerf olfactif et nullement d'une lésion systématisée du système sensitif comme dans le tabes.

Par là, nous appuyons cette conception : à savoir que le tabes est une lésion des neurones périphériques ; la paralysie générale au contraire touche surtout les neurones centraux.

Si le goût et l'odorat sont lésés dans le tabes, c'est que celui-ci est la maladie par excellence du système de la sensibilité générale et spéciale.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

LANDOUZY.

Vu : LE DOYEN :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD.

OUVRAGES CONSULTÉS

- DUCHENNE. — De l'ataxie locomotrice progressive. Paris 1863.
- CHATAIGNIER. — Troubles auditifs dans le tabes. *Thèse*, Paris 1888-1889.
- COLLET (F.-J.). — Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif. Lyon 1894.
- COLLET. — Les troubles auditifs du tabes. Congrès français de médecine, 1894.
- ROUFFILANGE. — Contribution à l'étude des associations du tabes et de l'hystérie. *Thèse*, Paris 1893-1894.
- NAGGAR (Elie). — Folie et tabes. *Thèse*, Paris 1895-1896.
- DE MASSARY. — Le tabes dorsalis. Dégénérescence du proto-neurone centripète. *Thèse*, Paris 1896.
- PHILIPPE. — Contribution à l'étude anatomique et clinique du tabes dorsalis. *Thèse*, Paris 1896-1897.
- ANDRÉ. — De la sialorrhée. *Thèse*, Paris 1897-1898.
- MAZATAUD. — De la sirlorrhée dans le tabes. *Thèse*, Paris 1898-1899.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
